

FORMULARZ OFERTY
Zadanie nr 1

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....
.....
.....
.....

B/ Adres Oferenta (lub adres do korespondencji w przypadku gdy jest inny niż adres oferenta)

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

REGON, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta,
- wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień i wykształcenia niezbędnych dla wykonania zamówienia,
- poświadczone przez Oferenta kserokopie dokumentów potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu wszystkich którzy będą realizować przedmiot zamówienia (dyplom, prawo wykonywania zawodu, uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu),
- aktualny wydruk Księgi Rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie objętym postępowaniem konkursowym,
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub wydruk z KRS.

3. Dane identyfikacyjne oraz kwalifikacje zawodowe osób przewidzianych do udzielania świadczeń zdrowotnych, które zatrudniać będzie Oferent w celu realizacji umowy, w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Lp	Imię i Nazwisko	Dyplom – nr lekarz/pielęgniarka/pielęgniarz/*	Prawo wykonywania zawodu - nr/ przez kogo wydane	Uprawnienia do kierowania pojazdami uprzywilejowanymi w ruchu – nr , data ważności
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

/* właściwe wstawić

4. Proponowany czas trwania umowy:

.....

5. Proponowana kwota należności:

Zakres świadczeń	Stawka brutto za 1 godz. dla jednego członka zespołu transportowego
<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez zespół składający się z jednego lekarza i jednej pielęgniarki(rza), z których każdy posiada uprawnienia do kierowania pojazdami służbowymi -<u>we wszystkie dni trwania umowy</u> - w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Lesku, w tym udzielanie takich świadczeń również w domu pacjenta wg zaistniałych potrzeb.</p>	<p>1.Stawka za wykonanie świadczenia w dzień roboczy dla całego zespołu (za 14 godzinny dzień roboczy):zł (słownie:..... zł)</p> <p>2.Stawka za wykonanie świadczenia w niedziele, święta i dni dodatkowo wolne od pracy dla całego zespołu (całodobowo). :zł (słownie:..... zł)</p>

....., dnia

.....
Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli